

RAPPORT

Culture de la sécurité

dans les hôpitaux belges

Résultats d'une première étude

Johan Hellings

Ward Schrooten

Université de Hasselt, groupe de recherche Sécurité du Patient

Ziekenhuis Oost-Limburg

Octobre 2008

TABLE DES MATIÈRES

1. Introduction
2. Méthodologie
 - 2.1 Questionnaire
 - 2.2 Groupe cible
 - 2.3 Distribution et collecte des données
 - 2.4 Saisie des données, contrôle et traitement
3. Résultats
 - 3.1 Résultats globaux
 - 3.2 Hôpitaux généraux
 - 3.3 Hôpitaux psychiatriques
 - 3.4 Hôpitaux Sp
4. Discussion

Remerciements

Annexes :

1. Tableaux, diagrammes en boîte à moustaches et de dispersion pour situer l'hôpital individuel
2. Score dimensionnel selon l'environnement de travail principal et la fonction
3. Percentile de scores positifs par question
4. Questionnaire

Aperçu des tableaux et figures

Figures

Figure 1 : Calendrier de réalisation

Figure 2 : Taux de réponse selon le type d'hôpital

Figure 3 : Taux de réponse selon la langue

Figure 4 : Taux de réponse selon le mode de distribution

Figure 5 : Scores dimensionnels positifs des hôpitaux aigus

Figure 6 : Scores dimensionnels positifs des hôpitaux psychiatriques

Figure 7 : Scores dimensionnels positifs des hôpitaux Sp

Tableaux

Tableau 1 : Nombre d'hôpitaux participants par type et par langue

Tableau 2 : Distribution totale et réponse

Tableau 3 : Évaluation de la sécurité des patients dans l'environnement de travail

Tableau 4 : Nombre d'incidents signalés au cours des 12 mois écoulés

Tableau 5 : Distribution et réponse dans les hôpitaux aigus

Tableau 6 : Fonction

Tableau 7 : Nombre d'années d'occupation dans l'environnement de travail actuel

Tableau 8 : Nombre d'heures par semaine dans l'hôpital

Tableau 9 : Interaction/contact directs avec le patient

Tableau 10 : Environnement de travail principal

Tableau 11 : Distribution et réponse dans les hôpitaux psychiatriques

Tableau 12 : Fonction

Tableau 13 : Nombre d'années d'occupation dans l'environnement de travail actuel

Tableau 14 : Nombre d'heures par semaine dans l'hôpital

Tableau 15 : Interaction/contact directs avec le patient

Tableau 16 : Nombre d'années d'expérience dans la profession ou la spécialité actuelles

Tableau 17 : Distribution et réponse dans les hôpitaux Sp

Tableau 18 : Fonction

Tableau 19 : Nombre d'années d'occupation dans l'environnement de travail actuel

Tableau 20 : Nombre d'heures par semaine dans l'hôpital

Tableau 21 : Interaction/contact directs avec le patient

Tableau 22 : Nombre d'années d'expérience dans la profession ou la spécialité actuelles

1. Introduction

Une définition souvent utilisée de la culture de sécurité est celle de Kizer, qui, traduite, donne ceci : "*Un schéma intégré de comportements de l'individu et de l'organisation basé sur des valeurs et des convictions partagées, qui vise en permanence à éviter ou à limiter les dommages éventuels lors de la dispensation des soins*" (1). Le deuxième rapport intérimaire du groupe de travail "Sécurité et qualité des soins" du Conseil national des établissements hospitaliers précise deux aspects d'une culture de sécurité : "*une culture qui accepte que les établissements et les intervenants puissent commettre des erreurs et une culture d'ouverture et de transparence permettant à l'organisation et aux individus qui y travaillent de tirer les leçons des erreurs commises, afin de ne pas reproduire de telles erreurs*" (2).

Reason décrit quatre propriétés comme essentielles et caractéristiques d'une culture de la sécurité.

« Just » juste : un contexte équitable dans lequel des individus auxquels on fait confiance sont encouragés à faire preuve d'ouverture, tout en faisant clairement la distinction entre un comportement acceptable et un comportement qui ne l'est pas. « Flexible » flexible : l'organisation adapte ses réactions en fonction du contexte et des circonstances concrètes, la confiance nécessaire étant placée dans les capacités et l'expérience de ses collaborateurs. « Learning » apprenante : l'organisation peut tirer les conclusions qui s'imposent de ses expériences et est capable de mettre en application les adaptations requises. « Reporting » fait rapport : un contexte de confiance dans lequel les individus sont disposés à faire part des incidents et peuvent le faire systématiquement, d'une manière simple, rationnelle et utile (3). Il faut veiller à préserver soigneusement l'équilibre entre "juste, flexible, apprenant et faisant rapport" (4). La culture de sécurité exige une approche concertée, transparente et positive, sans toutefois tomber dans l'extrême, ce qui ferait naître une tolérance mal comprise dans l'hôpital.

L'Institute of Medicine considère que le plus grand défi pour réaliser des soins de santé plus sécuritaires est de parvenir à une culture de sécurité (5). Les organisations qui ont une réelle culture de sécurité ont comme priorité absolue de se consacrer à la sécurité de manière permanente (6). Malgré le vif intérêt manifesté pour la culture de la sécurité, la réalisation d'une telle culture dans les hôpitaux est encore peu évidente (7). Par ailleurs, la relation entre la culture de l'hôpital, la culture du service et la culture professionnelle n'est pas claire. La relation entre le résultat des soins et la culture de sécurité n'a été étudiée que de manière limitée, ce qui incite à être prudent lors de la formulation de conclusions (7).

Cependant, la mesure d'une culture de la sécurité peut être vue comme une première intervention importante en faveur de la sécurité des patients (5). En effet, les professionnels de la santé ont ainsi l'occasion de communiquer d'une manière structurée leurs expériences en matière de sécurité des patients. Il va de soi qu'une telle mesure doit s'accompagner de la garantie de l'anonymat des répondants. La discussion des résultats d'une telle mesure ouvre de larges possibilités pour sensibiliser et développer des actions d'amélioration. On peut mesurer la culture de sécurité de différentes façons bien qu'il persiste aussi une préoccupation concernant la mesurabilité d'un tel phénomène complexe qu'est la culture (de sécurité) (8). Le présent rapport fait état des résultats de la mesure de la culture de sécurité à l'aide d'un questionnaire. D'autres approches plus qualitatives telles que des interviews et des observations de soins, peuvent compléter grandement une telle collecte de données ou situer les résultats dans leur juste perspective.

En 2007, l'autorité fédérale a proposé à tous les hôpitaux aigus, psychiatriques et Sp un contrat "qualité et sécurité des patients". Ce contrat s'inscrivait dans la lignée d'un plan politique pluriannuel élaboré par le groupe de travail fédéral Sécurité des patients (9). Un des éléments de ce contrat était la réalisation d'une mesure de la culture de sécurité dans l'hôpital tout entier à l'aide d'un instrument standardisé.

Étaient retenus comme objectifs de cette culture de la sécurité :

1. Comprendre l'attitude des médecins et collaborateurs envers la sécurité des patients; explorer la culture en matière de sécurité des patients.
2. Comprendre l'appréhension des incidents (évités) et la volonté des médecins et collaborateurs de les signaler.
3. Sensibiliser les collaborateurs et médecins en diffusant le questionnaire dans tout l'hôpital et en discutant des résultats de cette mesure.
4. À l'avenir : au moyen d'une mesure répétée sur quelques années, suivre l'évolution du niveau de la culture et observer l'évolution du comportement des médecins et collaborateurs quant au signalement des incidents (évités)
5. La participation au contrat était sans engagement. Si un hôpital réalisait la mesure de la culture, ses données pouvaient, toujours sans engagement, être utilisées en vue d'une analyse comparative de la banque de données. Un aperçu des résultats de cette analyse comparative est présenté dans ce rapport. Des tableaux et graphiques supplémentaires permettant de mieux situer les hôpitaux individuels sont présentés en annexe.

2 Méthodologie

2.1 Questionnaire :

Une revue de littérature a permis de prendre connaissance des différents instruments de mesure de la culture de sécurité au moyen d'un questionnaire (10-12). La culture de sécurité dans des hôpitaux a également été étudiée à l'aide d'un certain nombre d'instruments de mesure (13-17). Après comparaison de trois instruments de mesure existants, a été retenu celui intitulé "Hospital Survey on Patient Safety Culture" de l'Agency for Healthcare Research and Quality (18). La première étude réalisée au niveau de l'hôpital à l'aide de cet instrument a eu lieu en 2005 au Ziekenhuis Oost-Limburg (19). Ce questionnaire validé de manière psychométrique se compose de 9 sections qui comprennent ensemble 51 questions. Ces questions examinent 2 dimensions de résultats et 10 dimensions de culture de sécurité:

I. Dix dimensions de culture de sécurité :

1. Les attentes de la hiérarchie et les actions visant à promouvoir la sécurité des patients
2. la façon dont on tire profit des erreurs commises
3. Le travail en équipe au sein des unités
4. L'ouverture à la communication
5. Le feed-back et la communication en matière de sécurité des patients
6. L'absence de sanction face aux erreurs
7. L'encadrement du personnel

8. Le soutien de la hiérarchie en matière de sécurité des patients
 9. Le travail d'équipe au sein des départements
 10. La transmission des informations
- II. Deux dimensions de résultats :
1. Perception globale de la sécurité
 2. Fréquence de signalement des événements

À cette première liste s'ajoutent 2 dimensions de résultats – la graduation de la sécurité des patients dans l'unité et le nombre d'évènements rapportés- qui n'ont pas été retenues comme dimension de sécurité. La documentation sur l'élaboration, l'utilisation et l'analyse de ce questionnaire est disponible en quantité suffisante (20).

Dans un premier temps, la version anglaise du questionnaire d'origine a été traduite en néerlandais et, au besoin, adapté au contexte belge et hospitalier. Cette traduction a été évaluée et adaptée au cours de différentes réunions du groupe de travail Sécurité du patient du Ziekenhuis Oost-Limburg. Enfin, la traduction a été vérifiée par un linguiste.

Sur la base d'un test-pilote au Ziekenhuis Oost-Limburg, la traduction en néerlandais a fait l'objet d'une validation psychométrique selon la même méthodologie que la validation du questionnaire d'origine, à l'exception de la fidélité par test-retest. L'étude a été réalisée à l'aide de ce questionnaire dans cinq hôpitaux (21).

Dans une seconde phase, la version francophone a également été réalisée à partir du questionnaire version anglaise tout en tenant compte également de la version néerlandaise. La version francophone a été testée dans les hôpitaux de Saint-Luc à Bruxelles et de Tivoli à La Louvière. Cette dernière a également fait l'objet d'une validation psychométrique sur base de ces données. La validation a chaque fois été effectuée en collaboration avec le Censtat de l'Université de Hasselt. Les données des sites pilotes sont également reprises dans le présent rapport.

2.2 Groupe cible :

Le questionnaire a dû être distribué, au niveau de l'établissement hospitalier, à tous les prestataires de soins responsables directement ou indirectement des soins cliniques et en service actif. Sont, grosso modo, concernés :

- le personnel infirmier et paramédical
- les médecins : tous les médecins et médecins assistants
- la hiérarchie opérationnelle
- les collaborateurs de la pharmacie, des laboratoires et des services techniques

Les descriptions de fonctions peuvent être différentes d'un hôpital à l'autre. Une spécification et une délimitation ultérieures du groupe cible ont été nécessaires par hôpital.

2.3 Distribution et collecte de données :

La méthodologie adoptée pour la distribution et la collecte des données a été la même que celle du questionnaire d'origine. Afin d'accroître le taux de réponse, une procédure de rappel a été adoptée.

La distribution des questionnaires et la réception des enveloppes remplies se font sur deux circuits différents, de manière à ce que ces questionnaires puissent être adressés de manière ciblée (1^{er} circuit) et récoltés tout en maintenant l'anonymat du traitement (2^e circuit). Un code est apposé sur chaque questionnaire individuel. Les questionnaires sont renvoyés nominativement. Le lien entre le code et le nom n'est connu que du service de distribution. Les questionnaires complétés avec uniquement le code anonyme arrivent au service de traitement. Celui-ci fournit la liste des non-répondants au service de distribution.

Une exception a toutefois été proposée pour les médecins. Les questionnaires destinés aux médecins peuvent être transmis sans code. Tous les médecins reçoivent, le cas échéant, deux questionnaires de rappel.

Le calendrier de réalisation de la mesure de la culture est établi comme suit :

- 1) Une semaine avant la distribution du questionnaire, tous les participants sont informés par lettre signée de la direction.
- 2) Le questionnaire est envoyé à tous les participants, accompagné d'une lettre explicative.
- 3) Deux semaines plus tard, une lettre est adressée à tous les participants pour remercier les répondants et inviter les non-répondants à répondre quand même.
- 4) Deux semaines plus tard, un second questionnaire est envoyé aux non-répondants.
- 5) Enfin, à nouveau deux semaines plus tard, un dernier rappel est envoyé aux non-répondants.

Si on atteint un taux de réponse suffisamment élevé aux étapes 3 ou 4, les étapes suivantes peuvent être considérées comme superflues.

Manifestement, ce schéma a plus ou moins été respecté par les différents hôpitaux. L'utilisation d'un questionnaire de rappel n'a pas été appliquée de manière conséquente. Dans la plupart des hôpitaux, le questionnaire a été distribué sous format papier. Un certain nombre d'hôpitaux ont utilisé un questionnaire électronique ou une combinaison électronique et papier.

Etapes	Préparation	Semaine 1	Semaine 2	Semaine 3	Semaine 4	Semaine 5	Semaine 6	Semaine 7	Semaine 8	Semaine 9	Semaine 10	Semaine 11-12	Semaine 13
Planification													
Accord interne	■												
Engagement dans la distribution	■												
Collecte des données													
Envoi de la lettre de la direction		■											
Premier envoi du questionnaire			■										
Suivi des répondants				■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Encodage des données				■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Rappel/ remerciements					■								
Renvoi du questionnaire								■					
Deuxième rappel											■		
Traitement des données													
Analyse des données													■
Rédaction du rapport													■

Figure 1 : Calendrier de réalisation

2.4 Saisies des données, contrôle et traitement :

Une application MS Access standard a été prévue pour la saisie des données, le traitement, l'analyse automatique et les rapports.

Sont définis comme répondants : tous les questionnaires réceptionnés, sauf :

- 1) les questionnaires pour lesquels aucune section n'a été complétée (section I non comprise)
- 2) les questionnaires dont moins de la moitié des questions ont reçu une réponse (section I non comprise)
- 3) si chaque item des sections A (à l'exclusion de la question A0), B, C, D, F obtient le même score.

Ces trois critères d'exclusion ont été automatiquement filtrés par l'application MS Access, avant de pouvoir confectionner un rapport hospitalier standard avec les résultats par dimension et par question. Les données devaient être envoyées dans ce format standard pour analyse comparative.

La même méthode d'analyse du questionnaire version anglaise a également été adoptée. Toutes les questions qui doivent être considérées pour le calcul des scores dimensionnels ont une possibilité de

réponse de 1 à 5, allant de "pas du tout d'accord" à "tout à fait d'accord" ou de "jamais" à "toujours". Les scores 4 et 5 sont recodés en "positif par rapport à la sécurité des patients", le score 3 reste "neutre" et les scores 1 et 2 sont considérés comme "négatif par rapport à la sécurité des patients".

Un certain nombre de questions ont toutefois été formulées en sens inverse. À cet égard, l'échelle de réponse de 1 à 5 doit d'abord être inversée avant la recodification en 3 catégories.

Chaque dimension a été établie et est calculée sur la base de 3 ou 4 questions. Le score dimensionnel est obtenu en divisant le nombre total de réponses positives à des questions dans cette dimension par le total des réponses à ces questions.

Un protocole standard, le questionnaire, le rapport de validation et l'application pour la saisie et le traitement des données sont disponibles en ligne : www.zol.be/patientveiligheid et www.patient-safety.be

Pour les analyses destinées à ce rapport d'analyse comparative, le logiciel SPSS 16.0 a été adopté. Un code anonyme a été attribué à chaque hôpital. Ce code apparaît dans les diagrammes de dispersion et en boîte à moustaches.

3. Résultats

3.1. Résultats globaux

Au total, 170 hôpitaux ont signé le contrat "qualité et sécurité des patients". Soit 80 % de l'ensemble des hôpitaux belges et 90 % de tous les lits agréés.

Sur ces 170 hôpitaux, 132 ont participé à l'analyse comparative de mesure de la culture.

	Francophones	Néerlandophones	Total
Hôpitaux Aigus	26	55	81
Hôpitaux Sp	10	30	40
Hôpitaux Psychiatriques	2	9	11
Total	38	94	132

Tableau 1 : Nombre d'hôpitaux participants par type et par langue

Dans ces 132 hôpitaux, le questionnaire a été distribué au total à 95 504 prestataires de soins, dont 52 196 ont répondu. Le taux de réponse des collaborateurs était supérieur à celui des médecins.

	Distribution	Réponse	% de réponse
Médecins	13883	4909	35
Collaborateurs	81621	47287	58
Total	95504	52196	55

Tableau 2 : Distribution totale et réponse
Indiquer dans tableau : Distribués et restitués

Dans les hôpitaux psychiatriques et Sp, le taux de réponse était plus élevé que dans les hôpitaux aigus. Une grande variabilité du taux de réponse a également été constatée au sein du même type d'hôpital.

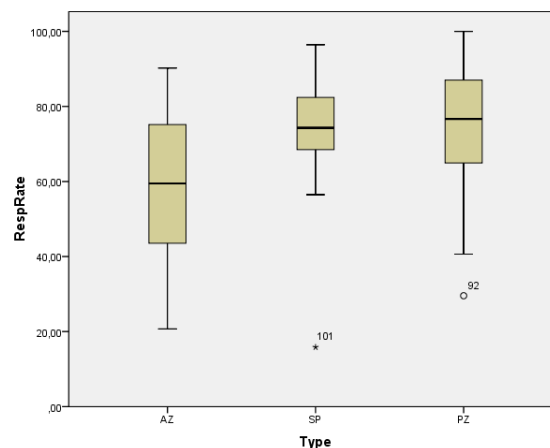


Figure 2 : Taux de réponse selon le type d'hôpital

Le taux de réponse au questionnaire en néerlandais était supérieur au français, tant pour les médecins que pour les collaborateurs.

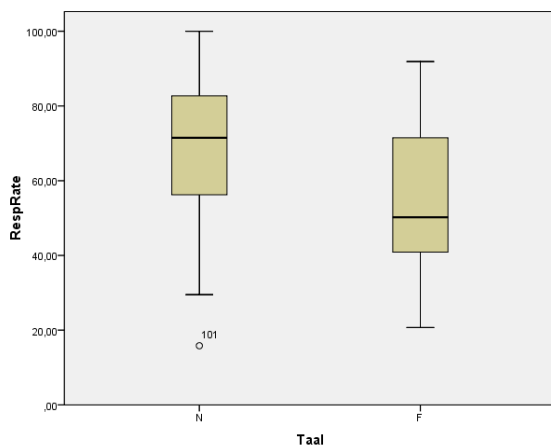


Figure 3 : Taux de réponse selon la langue
(N=néerlandophone F=francophone)

Enfin, on a relevé en général un taux de réponse supérieur avec le questionnaire distribué en version papier par rapport à la version électronique.

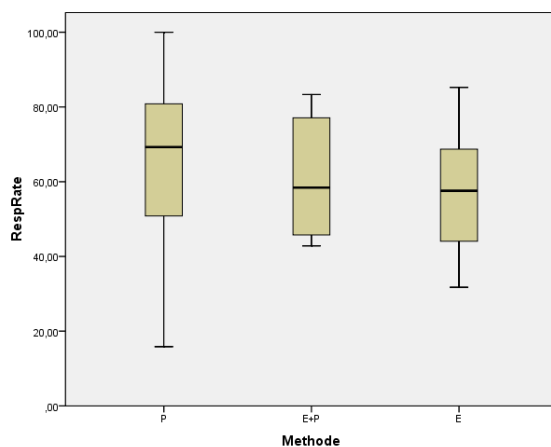


Figure 4 : Taux de réponse selon le mode de distribution
(P=papier, E=électronique, E+P combinaison des deux)

Dans le propre environnement de travail (question E), l'évaluation subjective de la sécurité des patients était comparable entre les 3 types d'hôpitaux.

Type d'hôpital	Evaluation de la sécurité globale du patient dans l'espace de travail				
	% Excellent	% Très bon	% Acceptable	% Faible	% Très faible
Hôpitaux Aigus	2	38	53	7	1
Hôpitaux Psychiatriques	1	42	50	5	1
Hôpitaux Sp	2	41	53	3	1
Total	2	38	52	6	1

Tableau 3 : Évaluation de la sécurité des patients dans l'environnement de travail

Le nombre d'incidents signalés au cours des 12 mois écoulés (question G) était lui aussi comparable entre les 3 types d'hôpitaux.

Type d'hôpital	Evaluation de la sécurité globale du patient dans l'espace de travail					
	% Aucun	% 1 ou 2	% 3 à 5	% 6 à 10	% 11 à 20	%21 et plus
Hôpitaux Aigus	41	32	17	6	2	2
Hôpitaux Psychiatriques	36	31	19	8	3	3
Hôpitaux Sp	34	32	22	8	4	1
Total	40	32	17	6	2	2

Tableau 4 : Nombre d'incidents signalés au cours des 12 derniers mois

Les scores pour les 12 dimensions sont présentés par type d'hôpital dans les sections suivantes.

3.2. Hôpitaux aigus

Au total, 81 hôpitaux aigus ont participé au benchmarking.

	Distribution	Réponse	% de réponse
Médecins	13439	4646	35
Collaborateurs	71311	40192	56
Total	84750	44838	53

Tableau 5 : Questionnaires distribués et restitués dans les hôpitaux aigus

Description de la population

H4. Fonctions	n	%
Infirmier	21700	54
Infirmier en chef	1811	5
Aide-soignant	3219	8
Médecin (y compris assistant)	4285	11
Pharmacien hospitalier	294	1
Collaborateur de pharmacie	436	1
Manager coordinateur	1372	3
Collaborateur analyses techniques	1942	5
Personnel paramédical	2518	6
Autres	2467	6
Total	40144	100

Tableau 6 : Fonction

H2. Nombre d'années d'ancienneté dans cet hôpital	n	%
<1 an	4131	10
1 – 5 ans	12618	30
6 – 10 ans	8990	21
11 – 15 ans	5180	12
16-20 ans	4841	11
>20 ans	6740	16
Total	42500	100

Tableau 7 : Nombre d'années d'ancienneté dans cet hôpital
Aussi Proposition de mettre plutôt nombre d'années d'ancienneté dans l'hôpital plutôt que nombre
d'années d'occupation dans le tableau 7

H3. Nombre d'heures par semaine dans cet hôpital	n	%
<20 h/sem	1588	11
20-39 h/sem	26792	63
40-59 h/sem	9083	21
60-79 h/sem	1444	3
≥ 80 h/sem	392	1
Total	42200	100

Tableau 8 : Nombre d'heures par semaine dans l'hôpital

H5. Interaction/contacts direct avec le patient	n	%
Contact direct	37954	90
Pas de contact direct	4173	10
Total	42127	100

Tableau 9 : Interaction/contact direct avec le patient

A.0 Environnement de travail principal	n	%
Sections différentes/pas de section spécifique	1977	7
Médecine interne, y compris clinique de jour	3744	14
Chirurgie, y compris clinique de jour	3604	13
Bloc opératoire	1943	7
Gynécologie/obstétrique	1356	5
Pédiatrie	933	3
Soins intensifs	1606	6
Urgences	1128	4
Réadaptation	1154	4
Gériatrie	2082	8
Psychiatrie	936	3
Service médic-techniques	3510	13
Pharmacie	605	2
Autres	2481	9
Total	27059	100

Tableau 10 : Environnement de travail principal

Les scores par rapport à la sécurité des patients aux 10 dimensions de culture de sécurité et aux 2 dimensions de résultats dans les hôpitaux aigus se présentent comme suit :

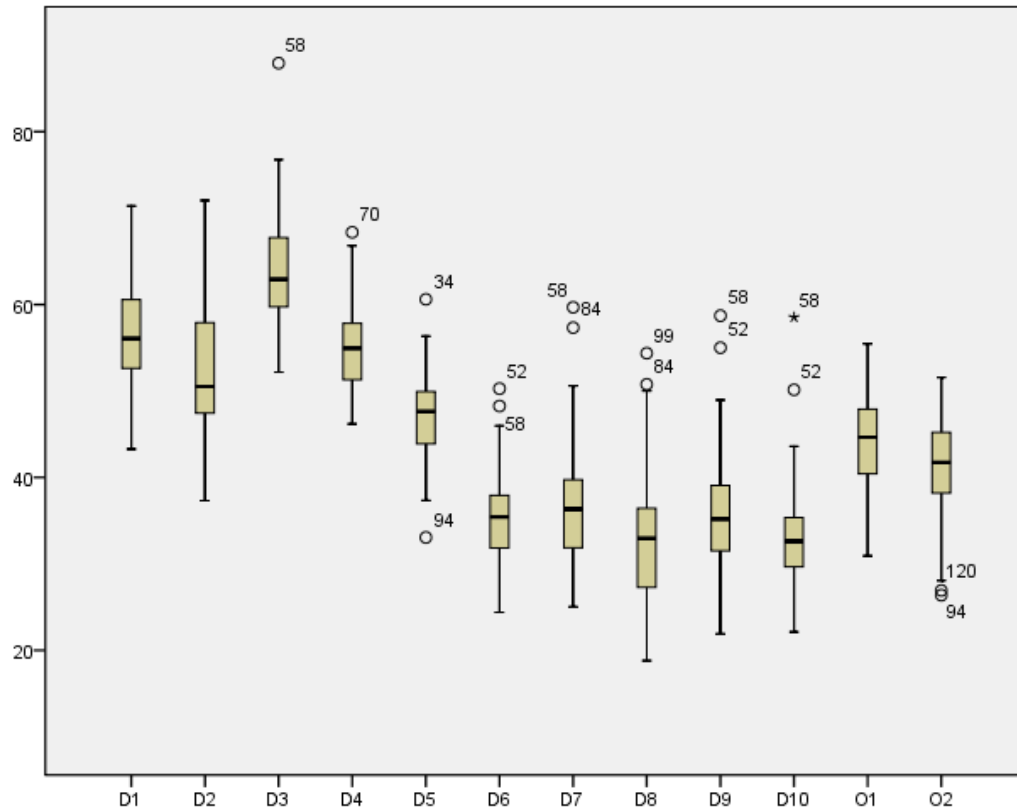


Figure 5 : Scores dimensionnels positifs des hôpitaux aigus

Dix dimensions de culture de sécurité :

- D1. Les attentes de la hiérarchie et les actions visant à promouvoir la sécurité des patients(médiane 56 %)
- D2. la façon dont on tire profit des erreurs commises (médiane 51 %)
- D3. la travail en équipe au sein des unités (médiane 63 %)
- D4. L'ouverture à la communication (médiane 55 %)
- D5. Le feed-back et la communication en matière de sécurité des patients (médiane 48 %)
- D6. L'absence de sanction face aux erreurs (médiane 35 %)
- D7. (médiane 36 %)
- D8. Le soutien de la hiérarchie en matière de sécurité des patients (médiane 33 %)
- D9. Le travail d'équipe au sein des départements(médiane 35 %)
- D10. La transmission des informations (médiane 33 %)

Deux dimensions de résultats :

- O1. Perception globale de la sécurité (médiane 45 %)
- O2. Fréquence de signalement des "événements" (médiane 42 %)

Pour chaque dimension, l'hôpital individuel peut se positionner via des diagrammes de dispersion à l'annexe 1.

3.3 : Hôpitaux psychiatriques

Au total, 40 hôpitaux psychiatriques ont participé au benchmarking.

	Distribution	Réponse	% de réponse
Médecins	338	214	63
Collaborateurs	8446	5895	70
Total	9784	6109	70

Tableau 11 : Questionnaires distribués et restitués dans les hôpitaux psychiatriques

Description de la population :

H4. Fonctions	n	%
Infirmier	1820	40
Infirmier en chef	239	5
Aide-soignant	632	14
Médecin (y compris assistant)	158	3
Pharmacien hospitalier	21	0
Collaborateur de pharmacie	29	1
Manager coordinateur	121	3
Collaborateur analyses techniques	16	0
Personnel paramédical	995	22
Autres	489	11
Total	40144	100

Tableau 12 : Fonction

H2. Nombre d'années d'ancienneté dans cet hôpital	n	%
<1 an	741	12
1 – 5 ans	2028	34
6 – 10 ans	1394	23
11 – 15 ans	690	12
16-20 ans	564	9
>20 ans	597	10
Total	6014	100

Tableau 13 : Nombre d'années d'ancienneté dans cet hôpital

H3. Nombre d'heures par semaine dans cet hôpital	n	%
<20 h/sem	583	10
20-39 h/sem	4212	70
40-59 h/sem	1101	18
60-79 h/sem	89	1
≥ 80 h/sem	22	0
Total	6007	100

Tableau 14 : Nombre d'heures par semaine dans cet hôpital

H5. Interaction/contacts direct avec le patient	n	%
Contact direct	5765	96
Pas de contact direct	214	4
Total	5979	100

Tableau 15 : Interaction/contacts directs avec le patient

H6 Expérience dans la profession ou la spécialité actuelles	n	%
<1 an	289	5
1 – 5 ans	1149	19
6 – 10 ans	1118	19
11 – 15 ans	728	12
16-20 ans	780	13
>20 ans	1900	32
Total	5964	100

Tableau 16 : Nombre d'années d'expérience dans la profession ou la spécialité actuelles

Les scores par rapport à la sécurité des patients aux 10 dimensions de culture de sécurité et aux 2 dimensions de résultats dans les hôpitaux psychiatriques se présentent comme suit :

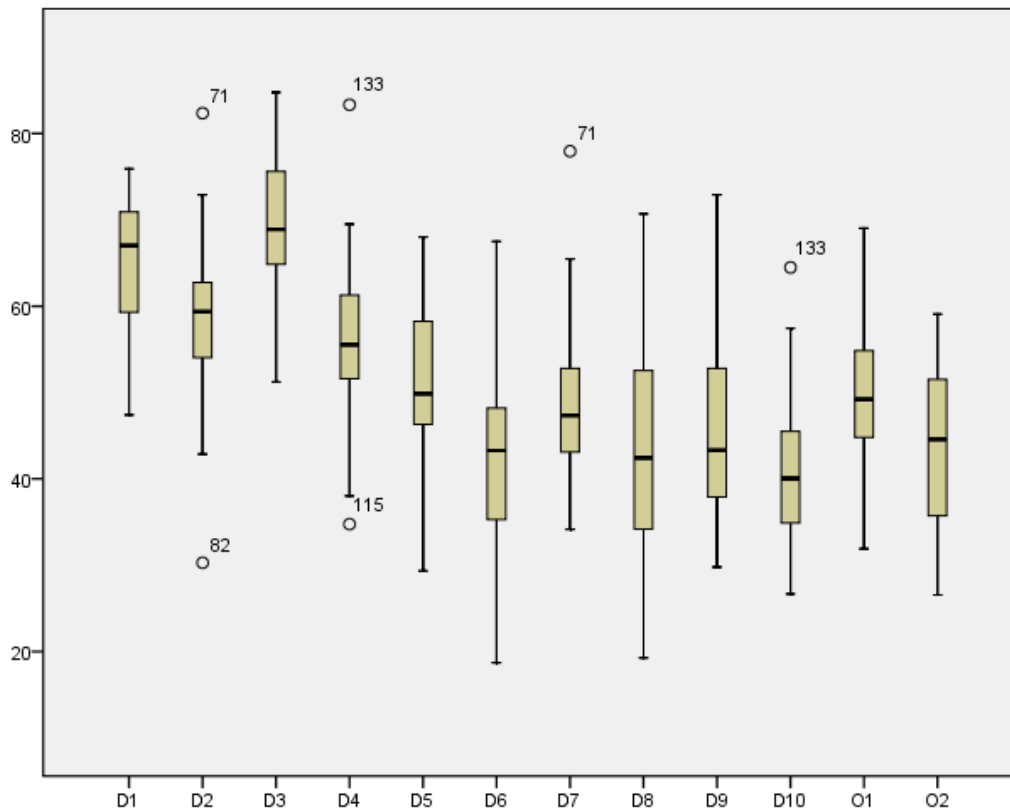


Figure 6 : Scores dimensionnels positifs des hôpitaux psychiatriques

Dix dimensions de culture de sécurité :

- D1. Les attentes de la hiérarchie et les actions visant à promouvoir la sécurité des patients (médiane 67 %)
- D2. La façon dont on tire profit des erreurs commises (médiane 60 %)
- D3. Le travail en équipe au sein des unités (médiane 69 %)
- D4. L'ouverture à la communication (médiane 56 %)
- D5. le feed-back et la communication en matière de sécurité des patients (médiane 50 %)
- D6. L'absence de sanctions face aux erreurs (médiane 43 %)
- D7. L'encadrement en personnel (médiane 47 %)
- D8. Le soutien de la hiérarchie en matière de sécurité des patients (médiane 42 %)
- D9. Le travail d'équipe entre les départements (médiane 43 %)
- D10. La transmission des informations (médiane 40 %)

Deux dimensions de résultats :

- O1. Perception globale de la sécurité (médiane 49 %)
- O2. Fréquence de signalement des "événements" (médiane 45 %)

Pour chaque dimension, l'hôpital individuel peut se positionner via des diagrammes de dispersion à l'annexe 1.

3.4. Hôpitaux Sp

Au total, 11 hôpitaux Sp ont participé au benchmarking.

	Distribution	Réponse	% de réponse
Médecins	106	49	46
Collaborateurs	1864	1200	64
Total	1970	1249	63

Tableau 17 : Questionnaires distribués et restitués dans les hôpitaux Sp

Description de la population :

H4. Fonctions	n	%
Infirmier	389	33
Infirmier en chef	40	3
Aide-soignant	254	21
Médecin (y compris assistant)	49	4
Pharmacien hospitalier	10	1
Collaborateur de pharmacie	12	1
Manager coordinateur	21	2
Collaborateur analyses techniques	6	1
Personnel paramédical	299	25
Autres	107	9
Total	1187	100

Tableau 18 : Fonction

H2. Nombre d'années d'ancienneté dans cet hôpital	n	%
<1 an	96	8
1 – 5 ans	364	30
6 – 10 ans	280	23
11 – 15 ans	170	14
16-20 ans	124	10
>20 ans	198	16
Total	1232	100

Tableau 19 : Nombre d'années d'ancienneté dans l'environnement de travail actuel

H3. Nombre d'heures par semaine dans cet hôpital	n	%
<20 h/sem	178	14
20-39 h/sem	869	70
40-59 h/sem	172	14
60-79 h/sem	16	1
≥ 80 h/sem	3	0
Total	1238	100

Tableau 20 : Nombre d'heures par semaine dans l'hôpital

H5. Interaction/contacts direct avec le patient	n	%
Contact direct	1133	93
Pas de contact direct	90	7
Total	1223	100

Tableau 21 : Interaction/contacts directs avec le patient

H6 Expérience dans la profession ou la spécialité actuelles	n	%
<1 an	44	4
1 – 5 ans	193	16
6 – 10 ans	240	20
11 – 15 ans	173	14
16-20 ans	165	13
>20 ans	408	33
Total	1223	100

Tableau 22 : Nombre d'années d'expérience dans la profession ou la spécialité actuelles

Les scores par rapport à la sécurité des patients aux 10 dimensions de culture de la sécurité et aux 2 dimensions de résultats dans les hôpitaux Sp se présentent comme suit :

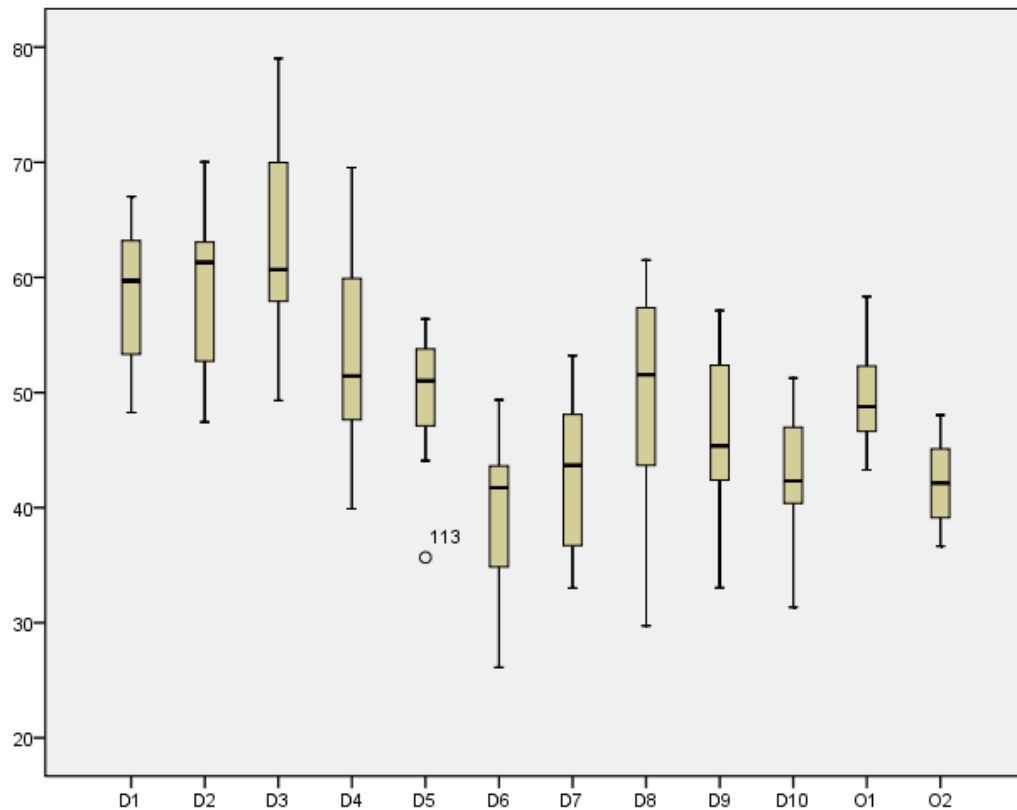


Figure 7 : Scores dimensionnels positifs des hôpitaux Sp

Dix dimensions de culture de sécurité :

- D1. Les attentes de la hiérarchie et les actions visant à promouvoir la sécurité des patients (médiane 60 %)
- D2. La façon dont on tire profit des erreurs commises (médiane 61 %)
- D3. Le travail en équipe au sein des unités (médiane 61 %)
- D4. L'ouverture à la communication (médiane 51 %)
- D5. Le feed-back et la communication en matière de sécurité des patients (médiane 51 %)
- D6. L'absence de sanctions face aux erreurs (médiane 42 %)
- D7. L'encadrement en personnel (médiane 44 %)
- D8. Le soutien de la hiérarchie en matière de sécurité des patients (médiane 52 %)
- D9. Le travail d'équipe au sein des départements (médiane 45 %)
- D10. La transmission des informations (médiane 42 %)

Deux dimensions de résultats :

- O1. Perception globale de la sécurité (médiane 49 %)
- O2. Fréquence de signalement des "événements" (médiane 42 %)

Pour chaque dimension, l'hôpital individuel peut se positionner via des diagrammes de dispersion à l'annexe 1.

4. Discussion

En octobre 2007, les premiers résultats de la mesure de la culture de sécurité dans cinq hôpitaux ont été présentés lors de la première semaine pour la sécurité des patients. Pour l'année 2008, les résultats de 52 196 répondants provenant de 132 hôpitaux sont présentés dans ce rapport. Dans un contexte européen, il s'agit d'un contexte exceptionnel. Sur la base d'un nombre de répondants réparti entre services aigus, psychiatriques et Sp, il est possible de présenter une première image précise de la culture de la sécurité dans nos hôpitaux. Tel est le premier constat important de cette étude.

Outre les informations sur les scores des différentes dimensions de la culture de sécurité, la présente étude permet aussi de relater un certain nombre d'éléments intéressants secondaires à cette mesure, tels que le nombre d'heures de travail ou le nombre d'années d'ancienneté dans la section ou le service concernés.

En utilisant ce rapport et les tableaux y afférents, les hôpitaux peuvent se positionner en termes de contenu pour les 12 dimensions de la culture de sécurité. Même si un certain nombre de différences importantes sont constatées entre les hôpitaux, différences qui sont en soi, une occasion de réfléchir, quelques tendances générales peuvent cependant être observées. Globalement, les hôpitaux psychiatriques réalisent de meilleurs scores que les hôpitaux aigus. Les résultats des dimensions "perception globale de la sécurité" et "fréquence de signalement des 'événements' " ont des scores assez comparables dans les hôpitaux aigus, psychiatriques et Sp. Le score pour la dimension "travail d'équipe entre les départements" est globalement le meilleur dans les trois types d'hôpitaux. Les scores pour les dimensions "soutien de la hiérarchie en matière de sécurité des patients" et "absence de sanction face aux erreurs" sont les plus améliorables. L'amélioration de ces dimensions est essentielle pour l'élaboration effective d'un système de gestion de la sécurité (SGS). La mise au point, par exemple, d'un système de signalement et d'enregistrement en tant qu'élément d'un SGS ne portera ses fruits que si un contexte non punitif peut être développé dans l'hôpital avec le soutien effectif et conséquent de la hiérarchie hospitalière. L'amélioration des scores "encadrement du personnel" dépasse largement les hôpitaux par le mode de normalisation et le financement des hôpitaux, mais doit néanmoins aussi être vu comme un signal vers l'autorité. Il faut se rendre compte que des progrès dans ce domaine ne sont guère possibles sans un accroissement ciblé de l'encadrement. La problématique de la transmission des informations et les transferts est également posée explicitement dans cette étude. Il s'agit d'un thème où les hôpitaux peuvent réaliser des progrès, et c'est probablement un thème dans le cadre du contrat public 2008-2009 sous le pilier "analyser et développer un processus". Un même constat peut être fait pour les scores de la dimension " travail d'équipe entre les départements".

Outre l'analyse et la comparaison des données de l'hôpital dans le groupe des autres hôpitaux se pose, bien entendu, la question de la meilleure approche pour améliorer la culture de la sécurité. Comme cela a déjà été dit dans l'introduction, la chose n'est pas encore évidente. Sur la base de l'expérience de la seconde mesure dans cinq hôpitaux, peu de progrès ont pu être réalisés, sauf pour le soutien de

la hiérarchie (22). De même, une enquête menée dans un certain nombre d'hôpitaux américains n'a montré que des progrès limités après une seconde mesure (23). Un certain nombre de réflexions générales concernant le travail sur la culture de sécurité ont été décrites (24).

Mais la mesure de la culture de sécurité, et assurément une mesure qui livre une telle réponse, crée aussi des attentes. La seconde mesure de la culture de sécurité est prévue en 2010 dans le cadre du plan stratégique pluriannuel sur la sécurité des patients du SPF Santé publique (9). Si l'on veut mettre en place un contexte motivant dans le domaine de la sécurité des patients, des progrès au moins partiels en matière de culture de sécurité sont plus que souhaitables. Il est important à cet égard non seulement que les hôpitaux communiquent et discutent de leurs résultats, mais aussi que la transparence soit faite sur les actions spécifiques que l'on souhaite développer. En effet, il n'y a pas de retour en arrière et la voie en avant est semée d'embûches. Travailler à améliorer la culture de la sécurité - et donc à la sécurité des patients - exige une attention prioritaire du politique et un suivi dans un esprit de bonne coordination avec les professionnels de santé. Travailler à l'amélioration du soutien de la hiérarchie pour la sécurité des patients paraît prioritaire. Car un nouveau style de management aura des conséquences sur l'approche de la culture qui, dès qu'elle ne sera plus ressentie comme punitive, pourra ouvrir la route à l'élaboration d'un SGS.

Il est recommandé de mettre en œuvre des actions d'amélioration concrètes bien structurées qui soient coordonnées et inspirées par un comité de sécurité des patients. L'art n'est pas tant d'inventer de nouveaux projets que de les mettre durablement en œuvre dans un esprit de bonne participation avec les professionnels de santé dans la pratique quotidienne. Des initiatives émanant de l'Organisation Mondiale de la Santé (World Alliance for Patient Safety) dans les domaines de l'hygiène des mains et des "procédures de time-out" en chirurgie en sont des exemples. Mais même la mise en application parfaitement cohérente d'un bracelet d'identification du patient, qui peut être utilisé dans le cadre de l'important contrôle d'identité, est moins aisée qu'on ne le pensait. On peut sensiblement améliorer la sécurité des patients en mettant en œuvre des actions évidentes, souvent simples, mais étant donné que la mise en œuvre de ces évidences requiert souvent des changements de comportement, des résistances pourraient compliquer cette mise en œuvre. Mais, même sans résistance, les actions évidentes exigent un cadre avec une place et une collaboration précises, et l'engagement de ressources humaines et financières. Cela aussi ne peut être sous-estimé. C'est pourquoi la participation et le soutien actifs de la hiérarchie et la participation des professionnels de santé sont si importants.

Pour EUNetPaS (le Réseau européen pour la sécurité des patients), travailler à améliorer la culture de la sécurité est également une priorité. L'échange d'expériences et de bonnes pratiques provenant de différents pays peut apporter un input supplémentaire. Les Pays-Bas (25), le Danemark et l'Espagne travaillent avec le même instrument. Dans ce contexte, on plaide pour une participation active à cette initiative. De même, une banque de données provenant d'hôpitaux américains est disponible (26).

Du fait de leur fonctionnement particulier, les hôpitaux psychiatriques et les lits Sp mettront des accents spécifiques dans le développement d'un système de gestion de la sécurité. Cependant, avec les résultats de cette mesure, ils peuvent eux aussi y inscrire des initiatives visant à améliorer leur culture

de la sécurité. La grande diversité des traitements d'affections psychiatriques fera naître à cet égard une dynamique spécifique au service. Étant donné que la multidisciplinarité occupe en général une place non négligeable dans ces traitements, cela offre d'importants points de référence pour développer la sécurité des patients. Pour certaines sections psychiatriques, la sécurité des patients et du personnel nécessitera une approche intégrée.

Avec la sécurité comme l'une des composantes de soins de qualité, les hôpitaux peuvent se différencier dans leur capacité à faire de cette sécurité la priorité des priorités au sein de l'hôpital. Ces hôpitaux peuvent d'ores et déjà puiser leur inspiration dans ce rapport pour développer la culture de la sécurité dans leurs structures.

Travailler sur la culture de la sécurité - et, partant, à la sécurité des patients - requiert l'attention prioritaire et permanente, et le suivi des pouvoirs publics. Cela ne pourrait ni ne saurait être considéré comme un énième projet. Des soins sécuritaires en tant qu'élément de soins de qualité devront être et rester une priorité absolue dans des soins hospitaliers en rapide évolution. Il est indispensable de poursuivre la recherche d'une stratégie et d'une méthodologie visant à améliorer la culture de la sécurité.

Remerciements

Les chercheurs tiennent à remercier le SPF Santé publique et les membres du groupe de travail fédéral Sécurité des patients pour le soutien offert à la réalisation de la présente étude. Nos sincères remerciements vont également à tous les hôpitaux participants qui nous ont témoigné leur confiance en nous autorisant à traiter leurs données, ce qui permet de donner un premier aperçu fiable de la culture de la sécurité dans les hôpitaux belges.

Il s'agit d'un premier pas important vers davantage de sécurité des patients dans les hôpitaux belges.

Références

1. Institute of Medicine. Patient Safety - Achieving a new standard for care: The National Academies; 2004.
2. Vleugels A. Deuxième rapport intérimaire du groupe de travail "Sécurité et qualité des soins de santé" In : Conseil national des établissements hospitaliers, 2005.
3. Reason J. Managing the Risks of Organizational Accidents. Hampshire: ASHGATE; 1997.
4. Walton M. Creating a "no blame" culture: have we got the balance right? Quality and safety in health care 2004;13:163-164.
5. Nieva VF, Sorra J. Safety culture assessment: a tool for improving patient safety in healthcare organizations. Qual Saf Health Care 2003;12 Suppl 2:ii17-23.
6. Pizzi LT, Goldfarb NI, Nash DB. Promoting a culture of safety. In: Making healthcare safer: a critical analysis of patient safety practices; 2001. p. 447-458.
7. Jha A.K. (editor), Larizgoita I., Bates D., Prasopa-Plaizier N. (co-editors). Summary of the evidence on patient safety: implications for research: World Health Organization; 2008.
8. Schein EH. Organisational Culture and Leadership: Jossey - Bass; 2004.
9. Vleugels A. La sécurité des patients en action : éviter l'évitable. Note politique sur la sécurité des patients : service public fédéral Santé publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement, groupe de travail stratégique de la commission nationale d'accompagnement pour la performance hospitalière; 2007.
10. Colla JB, Bracken AC, Kinney LM, Weeks WB. Measuring patient safety climate: a review of surveys. Quality and safety in health care 2005;14:364-366.
11. Flin R, Burns C, Mearns K, Yule S, Robertson EM. Measuring safety climate in health care. Quality and safety in health care 2006;15:109-115.
12. Pronovost PJ, Sexton JB. Assessing safety cultures: guidelines and recommendations. Quality and safety in health care 2005;14:231-233.
13. Gaba DM, Singer SJ, Sinaiko AD, Bowen JD, Ciavarelli AP. Differences in safety climate between hospital personnel and naval aviators. Hum Factors 2003;45(2):173-85.
14. Kho ME, Carbone JM, Lucas J, Cook DJ. Safety Climate Survey: reliability of results from a multicenter ICU survey. Quality and safety in health care 2005;14:273-278.
15. Singer SJ, Gaba DM, Geppert JJ, Sinaiko AD, Howard SK, Park KC. The culture of safety: results of an organization-wide survey in 15 California hospitals. Qual Saf Health Care 2003;12(2):112-8.
16. Modak I, Sexton JB, Lux TR, Helmreich RL, J. TE. Measuring Safety Culture in the Ambulatory Setting: The Safety Attitudes Questionnaire - Ambulatory Version. Journal for General Internal Medicine 2007(22):1-5.
17. Pronovost PJ, Weast B, Holzmueller CG, Rosenstein BJ, kidwel RP, Haller KB, et al. Evaluation of the culture of safety: surveys of clinicians and managers in an academic medical center. Quality and safety in health care 2003;12:405-410.
18. www.ahrq.gov/qual/hospculture. Funded by the Agency for Healthcare Research and Quality, sponsored by the Medical Errors Workgroup of the Quality Interagency Coordination Task Force and developed by WESTAT - J. Sorra.
19. Hellings J, Schrooten W, Vandeput H, Indekleef S, Postelmans T. Patiëntveiligheid: focus op de veiligheidscultuur in het ziekenhuis. Acta Hospitalia 2005(3):21-35.
20. Sorra J, Nieva VF. Hospital Survey on Patient Safety Culture. (Prepared by Westat, under Contract No. 290-96-0004). AHRQ Publication No. 04-0041. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; 2004.
21. Hellings J, Schrooten W, Klazinga N, Vleugels A. Challenging patient safety culture: survey results. International Journal of Health Care Quality Assurance 2007;20(7):620 - 632.
22. Hellings J, Schrooten W, Klazinga N, vleugels A. Working on patient safety culture: lessons learned in five hospitals. ready for submission 2008.
23. Sorra J, Famolaro T, Dyer N, Nelson D, Khanna K. Hospital Survey on Patient Safety Culture 2008. Comparative Database Report. Prepared by Westat, Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; 2008 March 2008.
24. Hellings J. Veiligheidscultuur: essentiële voedingsbodem van patiëntveiligheidsbeleid - reflecties vanuit een onderzoekscontext. Acta Hospitalia 2008(1):21 - 42.

25. Smits M, Christiaans-Dingelhoff I, Wagner C, van der Wal G, Groenwegen P. The validity of COMPaZ: a comparison between the Dutch and American questionnaire on patient safety culture in hospitals. *Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen* 2007;85:105 - 114.
26. Sorra J, Nieva V, Famolaro T, Dyer N. Hospital Survey on Patient Safety Culture: 2007 Comparative Database Report. In: Agency for Healthcare Research and Quality; 2007.